Aus der Dermatologischen Klinik der Universität des Saarlandes
Homburg/Saar
Direktor: Professor Dr. med. F. Nödl

# Zur Kenntnis der Prurigo simplex subacuta und ihrer Pathogenese

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Dimitri Athanassiadis
geb. 5. 3. 1934
in Koronuda-Kilkis

1969

Dekan: Professor Dr. med. H. Witter
Referent: Privatdozent Dr. med. H. Zaun

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542713_0008

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität des Saarlandes
Homburg/Saar
Direktor: Professor Dr. med. F. Nödl

# Zur Kenntnis der Prurigo simplex subacuta und ihrer Pathogenese

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Dimitri Athanassiadis
geb. 5. 3. 1934
in Koronuda-Kilkis

Dekan: Professor Dr. med. H. Witter
Referent: Privatdozent Dr. med. H. Zaun

UNIV. LEIPZIG BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am 3.7.69 abgelegt.

Herrn Privatdozent Dr. med. H. ZAUN möchte ich ganz herzlich danken für die Überlassung des Themas und die großzügige Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit.

## I. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Bei der Prurigo simplex subacuta handelt es sich um ein nicht seltenes, aber wenig bekanntes Hautleiden, das nach unseren heutigen Vorstellungen bei bestimmten (für diese Reaktionsweise disponierten) Menschen als Ausdruck ganz verschiedenartiger Störungen an anderen Organen auftreten kann (6). Über diese Krankheit finden sich im älteren Schrifttum nur gelegentliche Fallberichte, und in den meisten älteren Lehrbüchern - aber auch noch in neueren - ist sie nicht erwähnt, so daß sie von BOHNSTEDT mit Recht als "Stiefkind der Dermatologie" bezeichnet wurde (1). Wie schon von BRAUN-FALCO herausgestellt wurde (6), hat zweifelsfrei die Tatsache, daß die Krankheit von verschiedenen Autoren mit ganz unterschiedlichen Namen belegt wurde, "womit gleichzeitig die Unsicherheit der Einordnung ... deutlich wird" (6) dazu beigetragen, daß der in Rede stehenden Dermatose ungenügende Beachtung geschenkt wurde und daß selbst manche Dermatologen sie nicht kennen. Im Schrifttum sind einschlägige Fälle mitgeteilt unter den Synonymen: Prurigo simplex acuta (et subacuta) adultorum, Prurigo subacuta, Prurigo simplex subacuta, Strophu-

lus adultorum, Lichen urticatus, Lichen Vidal urticatus, Akne urticata, Urticaria papulosa chronica, wobei sich für und wider die meisten Bezeichnungen (insbesondere die unterstrichenen) gewichtige Argumente anführen lassen. In der Universitätshautklinik Homburg wird der Name Prurigo simplex subacuta (P.s.s.) aus rein praktischen Gründen bevorzugt, da er erfahrungsgemäß die geringste Gefahr einer Verwechslung mit anderen Dermatosen birgt.

Mitteilungen über Beobachtungen an größeren Zahlen von P.s.s.-Kranken wurden im Schrifttum erst in den letzten 15 Jahren - und eigenartigerweise nur im deutschen Sprachraum - gemacht. Dabei wurden von den verschiedenen Autoren unterschiedliche aetiopathogenetische Gesichtspunkte herausgestellt. Weitgehende Einigkeit herrscht demgegenüber über das recht charakteristische klinische Bild:

Die Primäreffloreszenz ist ein 2 bis 5 mm großes urticarielles Knötchen, das sehr intensiv juckt und das sich - wenn es nicht bereits vorher zerkratzt wird - sehr bald im Zentrum in ein Bläschen umwandelt ("Seropapel"). Wenn man nicht besondere Kunstgriffe (Uhrglasverband) anwendet,

bekommt man eine unverletzte Seropapel praktisch niemals zu Gesicht, da sie stets sofort zerkratzt wird. Dabei ist charakteristisch, daß sich keine strichförmigen, auf die gesunde Haut übergreifenden Kratzeffekte finden, sondern daß der Kranke die Primäreffloreszenz punktförmig "auslöffelt" bis es blutet. Damit sistiert der Juckreiz und man sieht dann blutende oder mit Krüstchen bedeckte Papeln oder im Hautniveau gelegene Exkoriationen, die unter Hyper- oder Depigmentierung und oberflächlicher Narbenbildung abheilen. Prädilektionsstellen sind die Extremitätenstreckseiten (besonders proximal), die oberen Partien von Brust- und Rücken sowie das Gesäß. Auch andere Bezirke - mit Ausnahme der Handflächen und Fußsohlen sowie der Schleimhäute (6) - sind gelegentlich betroffen.

In den befallenen Bezirken treten die Primärerscheinungen gewöhnlich in größerer Zahl und symmetrischer Aussaat schubweise ("subacuta"; 3) auf, und nach einem solchen Schub sieht man typischerweise zahlreiche frische punktförmige Kratzeffekte neben älteren Abheilungsresiduen. Insgesamt bieten die Hautveränderungen ein monomorphes

Bild und sind vom Ekzem, mit dem sie gelegentlich verwechselt werden ("follikuläres Ekzem"), gut zu unterscheiden. Auch sonst gibt es für den Erfahrenen kaum differentialdiagnostische Schwierigkeiten (vgl. 6).

Bei histologischer Untersuchung der Prurigopapeln zeigen ganz frische Effloreszenzen eine geringgradige Akanthose und ein deutliches Oedem im Papillarkörper mit Gefäßerweiterung und perivaskulärem Rundzelleninfiltrat. Die voll ausgebildete Seropapel zeigt neben einer Steigerung der vorbeschriebenen dermalen Veränderung intraepidermale und/oder subcorneale Bläschen, die neutrophile und gelegentlich einige eosinophile Zellen enthalten können.

Vergleicht man die bisherigen Schrifttumsangaben zur Aetiopathogenese der P.s.s., dann fällt auf, daß zwar von niemandem bestritten wird, daß recht vielfältige krankhafte Störungen zum Auftreten dieser eigenartigen Hautreaktion Anlaß geben können, daß aber von den verschiedenen Autoren bestimmten ursächlichen Faktoren ganz unterschiedliches Gewicht beigemessen wird. Während

BOHNSTEDT sowie PAETZOLD die ursächliche Bedeutung von Erkrankungen des Magens und der Leber ganz in den Vordergrund stellen, sehen BRAUN-FALCO und von EICKSTEDT in hormonellen Störungen die wesentliche Grundlage der Erkrankung. Auch GREITHER und TRITSCH betonen die Bedeutung hormoneller Faktoren für die Entstehung des Leidens, geben aber auch Leberschäden und Säureanomalien bei dem von ihnen beobachteten Patienten an. Seltener finden sich Mitteilungen über andere innere beziehungsweise Allgemeinkrankheiten als mögliche Ursache der P.s.s.: z.B. Diabetes (1; 11) Hyperthyreose (1), Fokalinfekte (1), Lymphogranulomatose (1) und Bronchuskarzinom (13). Die Annahme eines Kausalzusammenhangs aufgrund derartiger Einzelbeobachtungen erscheint problematisch und unter diesem Gesichtspunkt ist es wünschenswert, anhand weiterer Fallbeobachtungen der Frage nach den möglichen Grundkrankheiten der P.s.s. nachzugehen.

Nachdem in den letzten Jahren in der Universitätshautklinik Homburg über 6o Patienten mit P.s.s. beobachtet werden konnten, erschien uns eine erneute Stellungnahme zur Pathogenese dieser Hautreaktion anhand unseres Krankengutes ge-

rechtfertigt. Gleichzeitig sollte damit die Aufmerksamkeit ein weiteres Mal auf diese immer noch zu wenig bekannte Dermatose gelenkt werden.

## II. MATERIAL UND METHODIK

Die Unterlagen von 61 Patienten, bei denen in der Zeit von Juni 1960 bis Dezember 1968 in der Universitätshautklinik Homburg eine P.s.s. diagnostiziert wurde, wurden einer statistischen Auswertung zugeführt. Sorgfältig registriert wurden: 1) Alter, 2) Geschlecht, 3) Laufzeit der Hautkrankheit, 4) Vor- und Begleitkrankheiten, 5) die Ergebnisse der regelmäßig beziehungsweise mit größerer Häufigkeit vorgenommenen Laboruntersuchungen, 6) die Ergebnisse spezieller Untersuchungen zur Auffindung mutmaßlich auslösender Faktoren. Auf diese Weise sollte geprüft werden, ob bestimmte pathologische Veränderungen in unserem Krankengut so häufig mit der P.s.s. vergesellschaftet sind, daß ihnen aus statistischen Gründen eine Bedeutung im ursächlichen Bedingungskomplex der Dermatose beigemessen werden kann. Im folgenden sind unsere Ergebnisse jeweils den Ergebnissen anderer Autoren vergleichend gegenübergestellt.

## III. ERGEBNISSE

### A. Geschlechts- und Altersverteilung

Unter den 61 ausgewerteten Patienten mit P.s.s. fanden sich 19 Männer und 42 Frauen (1 : 2,2). Wie die Tabelle I zeigt, steht dieses Verhältnis in guter Übereinstimmung mit den Angaben von GREITHER und TRITSCH sowie der Zusammenstellung von BRAUN-FALCO (6), während BRAUN-FALCO und von EICKSTEDT unter 12 Patienten nur einen Mann, hingegen BOHNSTEDT sowie PAETZOLD - letzterer allerdings bei Ausklammerung von Patientinnen mit P.s.s. während der Schwangerschaft - relativ mehr Männer in ihrem Krankengut beobachteten. Eine Erklärung für die Differenzen der verschiedenen Angaben über die Geschlechtsverteilung fällt schwer. Es kann aber nach der in Tabelle I wiedergegebenen Zusammenstellung keinem Zweifel unterliegen, daß Frauen häufiger als Männer an einer P.s.s. erkranken.

Die beim eigenen Krankengut festgestellte Verteilung der Beginnalter ist in Tabelle II den Altersangaben anderer Autoren gegenübergestellt. Ganz übereinstimmend wird deut-

Tabelle I: Geschlechtsverteilung der P.s.s. nach Angaben verschiedener Autoren: )+

| Autor (Lit.-Stelle) | m. | w. | Verhältnis: |
|---|---|---|---|
| BOHNSTEDT (1) | 22 | 27 | 1 : 1,23 |
| BRAUN-FALCO u. v. EICKSTEDT (7) | 1 | 11 | 1 :11 |
| GREITHER u. TRITSCH (11) | 7 | 17 | 1 : 2,43 |
| PAETZOLD (13) | 47 | 63 | 1 : 1,34 |
| BRAUN-FALCO (6))++ | 31 | 75 | 1 : 2,42 |
| eigene Fälle | 19 | 42 | 1 : 2,21 |

)+ Die Fallzahlen dürfen nicht addiert werden, da eine Reihe von Fällen in mehreren Zusammenstellungen (1 u. 13 bzw.)++) enthalten sind.

)++ Zusammengestellt nach (1), (7), (11) sowie 23 Eigenbeobachtungen

Tabelle II: Altershäufigkeitsverteilung der P.s.s. im Krankengut verschiedener Autoren. Angabe der Fallzahlen. )+

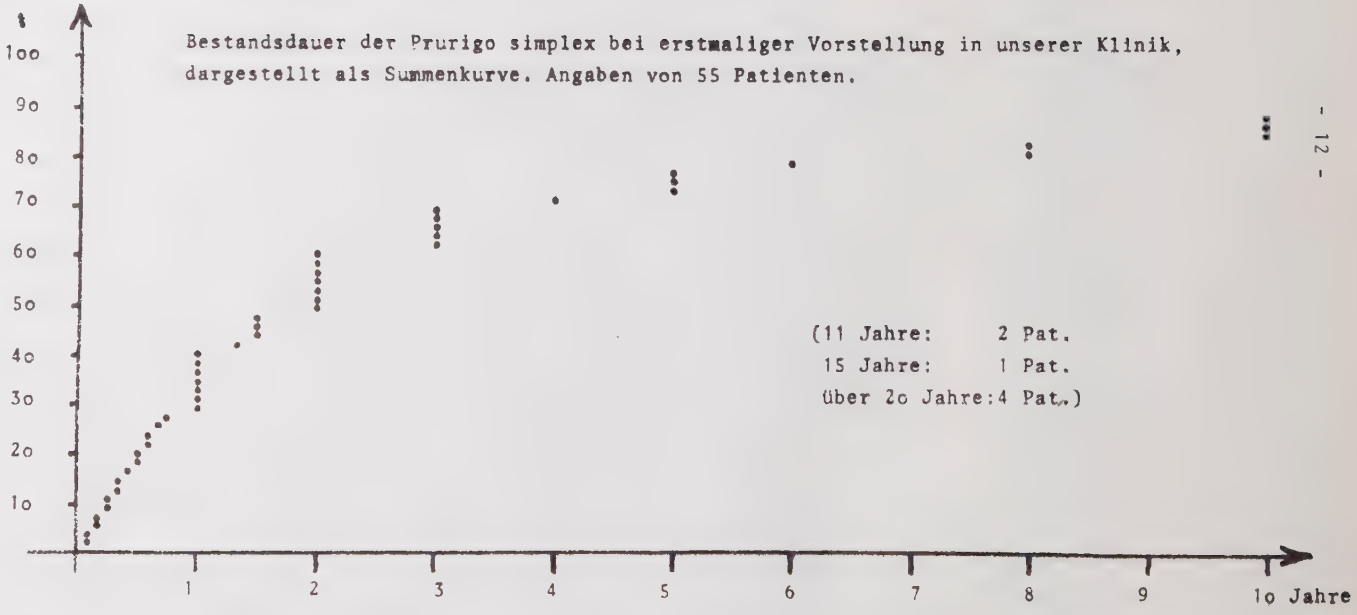
| Alter )+++ | BOHNSTEDT (1) | GREITHER u. TRITSCH (11) | PAETZOLD (13) | BRAUN-FALCO (6) )++ | eigene Fälle |
|---|---|---|---|---|---|
| 1o - 19 (1o - 2o) | | 3 | | 4 | 1 |
| 2o - 29 (21 - 3o) | 4 | 1 | 9 | 13 | 12 |
| 3o - 39 (31 - 4o) | 8 | 4 | 15 | 19 | 8 |
| 4o - 49 (41 - 5o | 12 | 7 | 27 | 26 | 14 |
| 5o - 59 (51 - 6o) | 14 | 4 | 33 | 27 | 14 |
| 6o - 69 (61 - 7o) | 9 | 1 | 17 | 17 | 6 |
| 7o u. älter (71 - 8o) | 2 | 4 | 9 | | 6 |

)+, )++ s. Anm. zu Tabelle 1
)+++ die Altersang. in dekadischen Klassen differieren bei den versch. Autoren teilweise um 1 Jahr

lich, daß die Erkrankung im frühen Kindesalter nicht und bis zum 2o. Lebensjahr nur selten auftritt. Der Häufigkeitsgipfel wurde von allen Untersuchern im 5. und 6. Lebensjahrzehnt gefunden.

B. Bestandsdauer der Erkrankung

Hinsichtlich des Verlaufs der Prurigo simplex findet sich im Schrifttum immer wieder die Angabe (1 - 3; 6; 11), daß es sich um ein sehr chronisch verlaufendes Leiden handelt, das bei zahlreichen beobachteten Patienten schon seit vielen Jahren bestand. Das können auch die Angaben verdeutlichen, die wir diesbezüglich von 55 Patienten unseres Krankenguts erhalten konnten. In Abb. 1 (folgende Seite) sind die Angaben über die Laufzeit der Erkrankung bei Eintritt in unsere Behandlung als Summenkurve dargestellt. Dieser Kurve ist zu entnehmen, daß über 7o % der Erkrankten schon ein Jahr lang, über 5o % bereits 2 Jahre lang, fast 4o % 3 Jahre lang und immerhin mehr als 15 % der Kranken 1o Jahre oder länger unter den mit starkem Juckreiz einhergehenden Hauterscheinungen litten.




Bestandsdauer der Prurigo simplex bei erstmaliger Vorstellung in unserer Klinik, dargestellt als Summenkurve. Angaben von 55 Patienten.

(11 Jahre: 2 Pat.
15 Jahre: 1 Pat.
über 20 Jahre: 4 Pat.)

C. Begleitkrankheiten

Über die Störungen, die in unserem Krankengut bei der Suche nach möglichen ursächlichen Faktoren gefunden wurden, informiert Tabelle III. Es ist zu erkennen, daß Säureanomalien, auf deren ursächliche Bedeutung insbesondere von BOHNSTEDT immer wieder hingewiesen wurde, in recht beträchtlicher Anzahl gefunden wurden. Wie ZAUN bei seinen Untersuchungen mit derEndoradiosonde zeigen konnte, besteht in der Häufigkeit des Vorkommens von Sub- beziehungsweise Anacidität bei Kranken mit Prurigo simplex und einem altersentsprechenden Vergleichskollektiv ein statistisch signifikanter Unterschied. Unsere hier vorgelegten Ergebnisse stützen sich gleichfalls zum größten Teil auf Untersuchungen mit der Endoradiosonde. Röntgenologische Untersuchungen des Magen-Darm-Trakts wurden in unserem Krankengut nur bei 14 Patienten veranlasst und es fand sich dabei nur einmal - bei einem anaziden Patienten - ein von der Norm abweichendes Ergebnis ("verzögerte Entleerungsfunktion"). Aus unserer Zusammenstellung wird auch die Bedeutung hormoneller Störungen deutlich. Hinweise auf Abweichungen von der normalen hormonellen Situation fanden

Tabelle III: Ergebnisse der Suche nach auslösenden Faktoren im eigenen Krankengut (61 Patienten):

| Untersuchung auf: | durchgeführt bei (Zahl d. Pat.) | patholog.Befunde bei (Zahl d. Pat.) | Art der gefundenen Störungen bzw. Hinweise: |
|---|---|---|---|
| Wurmbefall | 24 | 2 | Askariden<br>Trichocephalus dispar |
| Säureanomalien )+ | 46 | 26 | 2 x Hyperazidität<br>16 x Subazidität<br>8 x Anazidität |
| Hormonelle Störungen bzw. Änderungen der hormonellen Situation (gynäkolog. Unters.) | 26 | 11 | 3 x klimakterische Regelstörungen<br>2 x Dysmenorrhoe/Polymenorrhoe<br>2 x Ovarialcyste<br>1 x Zustand n. Rö-Kastration<br>3 x Gravidität |
| Herdinfektionen HNO-Bereich | 38 | 19 | 18 x chron.Tonsillitis<br>1 x Pansinusitis |
| odontogene Herdinfekte | 34 | 22 | 22 x "odontogener Herd" |
| sonstige Begleitkrkh. (internist.Unters.; s.a. Text) | 18 | 12 | 2 x Hepatopathie<br>5 x Diabetes mellitus<br>3 x Schilddrüsenerkrk.<br>1 x Lymphogranulomatose<br>1 x Bronchuscarcinom |

)+ meist Endoradiosonden-Befunde

sich immerhin bei über 4o % der 26 gynäkologisch untersuchten Frauen. Ungewöhnlich groß - im Vergleich zu den Mitteilungen anderer Autoren - ist in unserem Krankengut die Zahl der Patienten mit Herdinfektionen. Da chronische Tonsillitiden und Zahngranulome schon "normalerweise" recht häufig vorkommen, wird man solche Befunde sicher nicht überbewerten dürfen. Das gilt besonders für die odontogenen Herde, die bei 22 der 34 zahnärztlich untersuchten Patienten gefunden wurden. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß 21 dieser 22 Patienten gleichzeitig Störungen an anderen Organen ( elfmal Sub-Anacidität, ferner Diabetes mellitus, hormonelle Störungen, Pansinusitis und chronische Tonsillitis) aufwiesen, denen eine ursächliche Bedeutung beigemessen werden kann. Auch unter den 19 Patienten mit Fokalinfekten im HNO-Bereich litten 16 unter - teilweise mehreren - zusätzlichen Krankheiten mit fraglicher pathogenetischer Bedeutung für die P.s.s. (1o mal odontogene Herde, 9 mal Sub- bzw. Anacidität, 2 mal Hepatopathie, 1 mal Lymphogranulomatose, 1 mal Gravidität). Diese Angaben zwingen zu einer zurückhaltenden Stellungnahme hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zwischen Herdinfekten und P.s.s.. Immerhin ist aber die

Tatsache nicht zu leugnen, daß in Einzelfällen eine P.s.s. nach Herdsanierung zur Abheilung kommen kann.

Intestinale Wurmbesiedlung konnten wir bei Untersuchung von 24 Patienten nur zweimal nachweisen, und auch andere Störungen, die von früheren Autoren als mögliche Ursache der in Rede stehenden Dermatose angegeben wurde, waren in unserem Krankengut recht selten (vgl. Tab. III). Bei einem in der Tabelle nicht aufgeführten Patienten wurde bei der internistischen Untersuchung ein Bronchialasthma bestätigt; wir möchten glauben, daß es sich dabei um eine zufällige Begleitkrankheit handelt. Verschiedene Begleitkrankheiten im Hautbereich, die wir bei unseren Patienten sahen (achtmal Symptome der chronisch venösen Insuffizienz, fünfmal vulgäre Ekzeme, zweimal Tinea und je einmal Urticaria, Quincke'sches Oedem, seborrhoisches Ekzem, Lichen simplex chronicus, Vitiligo, Bromoderm sowie Vasolinoderm) möchten wir gleichfalls nicht mit der P.s.s. in Zusammenhang bringen.

D. Vorkrankheiten

Anamnestische Angaben der Patienten über vorausgegangene Erkrankungen sind insofern von Interesse, als sie Hinweise für die gezielte Ursachensuche geben können. Deshalb sei hier kurz erwähnt, daß immerhin 26 Patienten berichteten, daß der Prurigo simplex Krankheiten beziehungsweise Beschwerden im Intestinalbereich vorausgegangen seien (siebenmal wurde über "Leberkrankheit" beziehungsweise "Gelbsucht" berichtet, sechsmal über Gallenkoliken beziehungsweise Gallensteine, viermal über Magen- beziehungsweise Duodenalgeschwüre, einmal über Ruhr und 8 Patienten klagten über "Gastritis", häufiges Erbrechen, Obstipation und/oder Sodbrennen). Anamnestische Hinweise auf Herdinfekte ("Mandelentzündung" beziehungsweise Nebenhöhlenentzündung) fanden sich demgegenüber nur in 4 Fällen und über anamnestische Angaben, die auf hormonelle Veränderungen hindeuten, ist - abgesehen von den Frauen, bei denen eine Gravidität vorlag - in unseren Unterlagen nichts vermerkt. Für zahlreiche andere Krankheiten, die an inneren Organen (Lungenentzündung, Bronchialasthma,

Hypertonie, Silikose, Herzinfarkt, Angina pectoris, Depression) oder im Bereich der Haut (Urticaria, Purpura, Ölakne, Furunkulose, "Ekzem", "Ausschlag", Ulcus cruris, Bartflechte) vorausgegangen waren, ist ein Zusammenhang mit der P.s.s. nicht anzunehmen.

E. Laborbefunde

Die Diagnose "P.s.s." kann aufgrund des makromorphologischen Aspekt der Hauterscheinungen gestellt und notwendigenfalls durch histologische Untersuchung erhärtet werden. Irgendwelche für die P.s.s. charakteristischen pathologischen Laborbefunde sind bisher nicht bekannt. Es sind vielmehr in Abhängigkeit von den jeweils bestehenden - zufälligen oder ursächlich bedeutsamen - Begleitkrankheiten ganz unterschiedliche Resultate laboratoriumsmäßiger Untersuchungen zu erwarten. Im ausgewerteten Krankengut war die BSG bei 14 von 42 Patienten deutlich bis stark beschleunigt. Auffällige und hier erwähnenswerte pathologische Befunde im Blutbild (42 Patienten) fanden sich in keinem

Fall. Die Serumeiweißuntersuchungen (32 Patienten) zeigten achtmal eine Dysproteinämie. Die Serumelektrolytwerte (15 Patienten) waren stets normal und die Luesserologie (38 Patienten) stets negativ. Von 4o Patienten, bei denen der Antistreptolysintiter bestimmt wurde, fanden sich bei 11 Kranken über 2oo bis 4oo ASE und in 7 Fällen über 4oo ASE. Bei 13 dieser Patienten war ein Fokus im HNO- und/oder Zahnbereich nachgewiesen worden. Fünf (von 32 untersuchten) Patienten wiesen erhöhte Blutzuckerwerte auf.

## IV. DISKUSSION

Wie die Ergebnisse unserer Untersuchungen erkennen lassen, konnten im eigenen Krankengut - teilweise recht häufig, teilweise nur in Einzelfällen - bei den Patienten mit P.s.s. alle die Störungen gefunden werden, die auch schon von früheren Autoren als mögliche Grundkrankheit der P.s.s. zur Diskussion gestellt wurden. Dabei sind drei Krankheitsgruppen aufgrund der beträchtlichen Häufigkeit einschlägiger pathologischer Befunde besonders herauszustellen, nämlich Magenfunktionsstörungen (Säureanomalien), hormonelle Störungen und Herdinfektionen, wobei - wie bereits oben erörtert wurde - hinsichtlich der Annahme einer erheblichen kausalen Bedeutung der Herdinfektionen Zurückhaltung angebracht erscheint. Wenn in früheren Mitteilungen einerseits die Bedeutung intestinaler Störungen (z.B. 1, 13) und andererseits die Bedeutung hormoneller Faktoren (7, 11) ganz in den Vordergrund gestellt wurde , dann mag das zum Teil auf zufälligen Besonderheiten in der Zusammensetzung des Krankenguts der jeweiligen Autoren beruhen, zum Teil auch darauf, daß Zusammenhängen, die vom einzelnen Autor aufgrund häufigerer Beobachtungen als gesichert angesehen werden, auch bei der Untersuchung weiterer Kranker

intensiver nachgegangen wird. Nach unseren eigenen Beobachtungen muß es als wahrscheinlich angesehen werden, daß sowohl Magensekretionsstörungen als auch hormonelle Dysregulationen beziehungsweise Änderungen der hormonellen Situation eine bedeutende Rolle im ursächlichen Bedingungskomplex der P.s.s. spielen und sicherlich als die häufigsten Grundkrankheiten dieser eigenartigen Hautreaktion anzusehen sind. Das erklärt wohl auch, daß die Erkrankung ganz bevorzugt in Altersklassen auftritt, in denen es einerseits zu hormonellen Umstellungen (Klimakterium) und andererseits mit zunehmender Häufigkeit zu einem Nachlassen der Säurebildungsleistung des Magens kommt. Bei der Behandlung P.s.s.-Kranker sollte deshalb das Augenmerk stets zunächst auf die Erkennung und Ausschaltung derartiger Störungen gerichtet werden.

Selbst bei Vorliegen solcher Störungen muß allerdings auch die Möglichkeit anderer Ursachen in Rechnung gestellt werden. Wie schon oben angedeutet wurde, werden bei P.s.s.-Patienten nicht selten mehrere pathologische Zustände gefunden, denen das Auftreten der Hautreaktionen zur Last gelegt werden kann. Wenn - wie wir das bei unseren Kranken

beobachtet haben - Askaridiasis und Subacidität und eine Pansinusitis und ein odontogener Herd oder eine Lymphogranulomatose und eine Anacidität und eine chronische Tonsillitis oder ein zystischer Ovarialtumor und eine Subacidität und ein odontogener Herd und eine Schilddrüsenfunktionsstörung beim gleichen Patienten nebeneinander bestehen, dann ist es manchmal nur ex juvantibus und oft überhaupt nicht möglich, die ursächliche Bedeutung der einzelnen Faktoren abzuschätzen. Die oben gemachten Angaben über die Krankheitsdauer, die erkennen lassen, daß die Mehrzahl der Patienten viele Jahre, nicht wenige 1o oder sogar 2o Jahre von ihrer mit anfallsweisem quälendem Juckreiz einhergehenden Hauterkrankung befallen sind, unterstreichen aber die Notwendigkeit einer intensiven und weitgespannten Untersuchung nach möglichen Ursachen. Nur auf dieser Grundlage sind nämlich Ansatzpunkte für eine erfolgversprechende Therapie zu finden, während symptomatische Behandlungsmaßnahmen allein niemals ausreichen. Das unterstreichen auch die in unseren Unterlagen niedergelegten Angaben über Therapieerfolge, die sich - aufgrund der besonderen Struktur unseres Krankenguts - leider nur beim kleineren Teil der Patienten fan-

den. Bei Vorliegen eines Fokus wurde vielfach von uns die Fokalsanierung veranlasst oder vorgeschlagen; jedoch können wir über die Dauererfolge dieser Behandlung keine Aussage machen. Wir haben aber mehrfach (7 Fälle) bei beherdeten Patienten, die die Tonsillektomie verweigerten, unter einer intensiven antibiotischen Behandlung eine Abheilung oder wesentliche Besserung der P.s.s. beobachten können. Bei 15 sub- und anaciden Patienten mit teilweise schon langjährig bestehender P.s.s., die nach Einleitung einer Substitutionsbehandlung mit Enzympräparaten in unserer Beobachtung blieben, kam es in 13 Fällen zu völliger Heilung und bei 2 Kranken zu wesentlicher Besserung (Schübe seltener, weniger Knötchen als früher, geringerer Juckreiz). Wir glauben nicht, daß dieser eindeutige Behandlungserfolg als psychotherapeutischer Effekt gedeutet werden kann, wie das gelegentlich versucht wurde.

Über Erfolge einer hormonellen Behandlung können wir anhand unseres Krankenguts keine Angaben machen, da wir Patientinnen mit entsprechenden Störungen einer gynäkologischen Behandlung zugeführt und leider nicht wiedergesehen haben. Es sei aber vermerkt, daß bekannt ist, daß

die "Prurigo gestationis" meist nach der Entbindung spontan abklingt und daß GREITHER und TRITSCH (11) über gute Behandlungserfolge mit Pruloton berichtet haben.

Von unseren beiden Patienten mit intestinalem Parasitenbefall kam es beim einen nach entsprechender Therapie zur Abheilung der P.s.s., während vom anderen Angaben nicht vorliegen.

Insgesamt ergibt sich, daß bei Ausschaltung möglicher Ursachen recht gute Aussichten für eine Heilung der P.s.s. bestehen. Die unterstützende Behandlung mit innerlichen Antihistamingaben und antipruriuösen Salben und Pasten (wobei sich uns neben Steroidsalben und Lotionen besonders eine 5 %ige Thesitpaste bewährt hat) vermag den Juckreiz gut zu lindern, reicht aber allein meist nicht aus.

## V. ZUSAMMENFASSUNG

Die Prurigo simplex subacuta ist eine nicht seltene, aber wenig bekannte Dermatose, die als Reaktion vielfältiger Störungen an anderen Organen auftreten kann. Die vorliegende Auswertung der Unterlagen von 61 einschlägig erkrankten Patienten, die in den Jahren 1960 bis 1968 in der Universitätshautklinik Homburg beobachtet wurden, zeigt, daß neben einigen als mögliche Ursache anzusehenden Krankheiten, die seltener beobachtet wurden (Wurmbefall, Hepatopathie, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Lymphogranulomatose, Bronchuscarcinom) Störungen der Säureproduktion des Magens und hormonelle Störungen sehr häufig gefunden werden und daß bei ihrer Ausschaltung mit einer Abheilung der Dermatose gerechnet werden kann. Auch Herdinfektionen kamen im ausgewerteten Krankengut in beträchtlicher Zahl vor und mögen - wie Therapieergebnisse verdeutlichen - in Einzelfällen der Hautreaktion zugrunde gelegen haben. Wenn die Ursache nicht ausgeschaltet wird, verläuft das Hautleiden chronisch, wobei Laufzeiten von 5, 10 und sogar 20 Jahren nicht selten sind. Das unterstreicht die Notwendigkeit weitgespannter diagnostischer Untersuchungen.

LITERATUR


1. BOHNSTEDT, R.M. : Prurigo simplex subacuta - ein Stiefkind der Dermatologie. Hautarzt 1o (1959) 22 - 27

2. BOHNSTEDT, R.M. : Prurigo. In: Lehrbuch der Haut- u. Geschl.Krh. E. RIECKE, (Hrsg.H.G. BODE u. G.W. KORTING). S. 134 - 139. Fischer. Stuttgart 1962.

3. BOHNSTEDT, R.M. : Krankheitssymptome an der Haut in Beziehung zu Störungen anderer Organe. Thieme. Stuttgatt 1963.

4. BOHNSTEDT, R.M. : Krankheitssymptome an der Haut bei Erkrankungen des Magens, des Darms und der Leber. Hautarzt 15 (1964) 636 - 639.

5. BOHNSTEDT, R.M. : Indikationen zur Untersuchung anderer Organe bei Hautkrankheiten. Fortschr. prakt. Derm.Venerol. 5 (1965) 241 - 253

6. BRAUN-FALCO, O. : Zur Kenntnis der Urticaria papulosa chronica. Med.Welt 26 (1961) 1371 - 1374

7. BRAUN-FALCO, O. u. M.v. EICKSTEDT : Beitrag zur Urticaria papulosa chronica. Hautarzt 8 (1957) 534 - 54o

8. GOTTRON, H.A. : Ausgedehnte Urticaria papulosa bei gleichzeitiger Erkrankung des Magen-Darmkanals. Zbl. Haut-Geschl.-Krkh. 41 (1932) 193

9. GOTTRON, H.A. : Lymphogranulomatose mit Werlhofschen Syndromen und generalisierter Urticaria papulosa. Derm.Wschr. 113 (1941) 847

1o. GREITHER, A. u. H. TRITSCH : Lichen Vidal urticatus. Hautarzt 4 (1953) 2oo - 2o4

11. GREITHER, A. u. H. TRITSCH : Weitere Beobachtungen über den sogenannten Lichen Vidal urticatus. Hautarzt 9 (1958) 198 - 2o3

12. KOGOJ, Fr. : Urticaria, Strophulus, Prurigo, Pruritus. In: Handb. d. Haut- u. Geschl.Krkh. J. JADASSOHN. Erg.-Werk. Bd. II/1, S. 475 - 544. Springer. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1962. Dort weitere Literatur.

13. PAETZOLD, O.H. : Zur Pathogenese der Prurigo. Hautarzt 13 (1962) 117 - 12o Dort weitere Literatur.

14. PERSCHMANN, ? : Urticaria papulosa bei Bronchialcarcinom. Zbl. Haut-Geschl.Krkh. 68 (1942) 618

15. SCHIRREN, C. : Hautveränderungen bei inneren Erkrankungen. In: Handb.d.Haut- u. Geschl.Krkh. J. JADASSOHN. Erg.-Werk., Bd. VIII, S. 569 - 721. Springer. Berlin, Heidelberg, New York 1967.

16. SCHIRREN, C. u. G. KNORR : Über die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Magen-Darm-Störungen. Med.Welt 18 (1967) 1988 - 1993.

17. TRITSCH, H. u. M. KANTER : Neurohistologische Untersuchungen bei Prurigo simplex subacuta. Arch. klin. exp. Derm. 217 (1963) 355 - 362.

18. ZAUN, H. : Magensekretion und Haut. II. Arch.klin. exp.Derm 23o (1967) 34o - 348.

19. ZAUN, H. u. H. HALBAUER : Magensekretion und Haut. I. Arch. klin. exp. Derm. 223 (1965) 64 - 72.

INHALT


| | | Seite |
|---|---|---|
| I. | EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG | 1 |
| II. | MATERIAL UND METHODIK | 7 |
| III. | ERGEBNISSE | 8 |
| | A. Geschlechts- und Altersverteilung | 8 |
| | B. Bestandsdauer | 11 |
| | C. Begleitkrankheiten | 13 |
| | D. Vorkrankheiten | 17 |
| | E. Laborbefunde | 18 |
| IV. | DISKUSSION | 2o |
| V. | ZUSAMMENFASSUNG | 25 |
| VII. | LITERATUR | 26 |

LEBENSLAUF

Am 5. 3. 1934 wurde ich als Sohn des Athanasius Athanassiadis und seiner Ehefrau Sophia in Koronuda-Kilkis (Griechenland) geboren.

Mit 6 Jahren ging ich zur Volksschule nach Koronuda und später nach Kilkis, wo ich 1949 mein Mittelschulstudium begann und 1955 mit Erfolg (Abitur) beendete. Mein Medizinstudium begann ich in Graz (Österreich). Nachdem ich 2 Semester die deutsche Sprache studiert hatte, legte ich 1958 das I. medizinische Rigorosum-Physikum- ab. Nach 3 klinischen Semestern ging ich an die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, wo ich 1962 mein Studium mit dem Staatsexamen beendete. Nach dem Staatsexamen mußte ich zwecks Ableistung meiner Militärdienstzeit in mein Heimatland zurückkehren, wo ich als Arzt im Sanitätsdienst eingesetzt wurde.

Während dieser Zeit habe ich zuerst auf der geburts-gynäkologischen, dann auf der chirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Chania (Kreta) gearbeitet. Danach war ich auf der Inneren Abteilung des Luftwaffenkrankenhauses in Athen tätig. Die Medizinalassistentenzeit habe ich an der Inneren Abteilung des Caritas Krankenhauses in Dillingen/Saar beendet. Ab 16. 8. 1965 arbeitete ich als Assistenz-

arzt auf der geburtshilfl.-gynäkologischen Abteilung des Saarknappschaftskrankenhauses in Püttlingen. Am 1. 1o. 1967 wechselte ich zur geburtshilfl.-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Saarlouis über, wo ich zur Zeit noch tätig bin.

BAMBERGER FOTODRUCK · RUDOLF RODENBUSCH
8600 BAMBERG · Markusplatz 22 · Tel.: 09 51/6 27 94